

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SIMONE SANTIN PATZER**

**POTENCIALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO  
SUICÍDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SIMONE SANTIN PATZER**

**POTENCIALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO  
SUICÍDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Ma. Saionara Nunes de Oliveira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **POTENCIALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria da aluna **SIMONE SANTIN PATZER** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Ma. Saionara Nunes de Oliveira**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

A todos aqueles que de alguma forma estiveram ou estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais esta realização.

Ao meu esposo Leandro e meus filhos Lucas, Laura e Julia pela compreensão das horas ausentes do convívio familiar. Amo muito vocês!

A minha tutora e orientadora Saionara que acreditou em mim. Obrigada pela força, incentivo, apoio e confiança.

A todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Marau, tenho muito orgulho de ter sido colaboradora deste município.

## **EPIÍGRAFE**

"Para os que pensam em pôr um ponto final na vida, procuro vender uma vírgula. Uma vírgula? Sim, uma pequena vírgula, pra que eles continuem a escrever sua história" Augusto Cury

## **RESUMO**

Mundialmente o suicídio configura-se como um problema responsável pela morte de quase um milhão de pessoas por ano. Considerada uma questão complexa de Saúde Pública, o suicídio pode ser prevenido. No município de Marau – RS a partir de 2011, em decorrência do alto índice de suicídios, ampliaram-se discussões com a finalidade de prevenir este problema, definindo como uma das estratégias importantes a capacitação da atenção primária à saúde. Este estudo é um relato de experiência de ações desenvolvidas no ano de 2013 pela enfermeira da ESF Central III deste município, na área assistencial e de educação permanente para Agentes Comunitárias de Saúde, juntamente com a equipe e com o apoio e envolvimento intersetorial. Os números mostram um decréscimo expressivo no número absoluto de suicídios de 08 em 2012 para 1 em 2013 portanto, pode-se considerar que o município está desenvolvendo estratégias importantes e efetivas na prevenção do suicídio e promoção da vida. Manter o profissional sensibilizado e mobilizado através dos canais de apoio e educação permanente é essencial para avaliação e implementação das ações em andamento, aprimorando e intensificando métodos e estratégias qualificando a assistência integral ao paciente e aos familiares.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família. Suicídio. Educação Permanente. Prevenção.

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                            | 8  |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....                 | 12 |
| 2.1 O Suicídio.....                           | 12 |
| 3 MÉTODO.....                                 | 17 |
| 3.1. O município e a estrutura da saúde ..... | 17 |
| 4 RESULTADO E ANÁLISE.....                    | 19 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                  | 23 |
| REFERÊNCIAS .....                             | 25 |
| ANEXOS.....                                   | 28 |



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorrem 3.000 suicídios no mundo por dia, aproximadamente 1 milhão por ano, 1 a cada 40 segundos. Para cada suicídio, 20 ou mais pessoas realizaram tentativas. É uma das três principais causas de morte de jovens e adultos no mundo e 90% dos suicídios podem ser evitados através do trabalho preventivo e auxílio precoce (OMS, 2000).

Os números do Brasil segundo o Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) indicam que em 2011 ocorreram 9.852 suicídios, apresentando uma Taxa de Mortalidade Específica (TME) de 5.1 suicídios por 100.000 habitantes, o aumento nos últimos 12 anos é de aproximadamente 95%. Os homens estão em primeiro lugar em todas as faixas etárias, com maior ocorrência a partir dos 20 anos. No Rio Grande do Sul (RS) ocorreram 1043 suicídios, com a taxa de 9.7 liderando os índices entre os estados.

Comportamento suicida gera sofrimento tanto do indivíduo, da família e da sociedade. “A identificação e o acompanhamento do evento pode trazer aportes importantes para a diminuição desse agravo na população” (MENEGHEL et al, 2004, p.810), e a prevenção se faz reforçando os fatores protetores e diminuindo os fatores de risco, no âmbito individual e coletivo pelo trabalho dos técnicos em saúde em geral, da comunidade e de entidades. Botega (2007) descreve que a psiquiatria e a psicologia sozinhas não conseguem prevenir suicídios, pois, 50 a 60% das pessoas que consumaram o suicídio nunca foram consultar com profissional de saúde mental, dois terços comunicaram a sua intenção na semana anterior a pessoas próximas, metade foram a uma consulta médica 6 meses antes e 80% consultaram no mês anterior.

O suicida pode apresentar características de ambivalência: desejam viver e também morrer, de impulsividade: o desejo de morrer pode ser temporário, de rigidez: a única solução é morrer. A intervenção deve ter objetivos de aumentar o desejo de viver, acalmar a crise e mostrar outras maneiras de sair da crise (BRASIL, 2012).

Existem muitos tabus relacionados ao suicídio e limitações por parte das pessoas em abordar o tema, um medo de falar, mas quando uma pessoa verbaliza frases de alerta de acabar com a vida, de morte, que não aguenta mais, “sou perdedor”, etc. devem ser interpretadas como um pedido de ajuda (BRASIL, 2012).

No Brasil na década de 1970 iniciou o movimento da Reforma Psiquiátrica, alterando a maneira de cuidar em saúde mental através da desinstitucionalização onde o objetivo “não é a cura, mas a produção de vida, de saúde e de sociabilidade” (ZEFERINO et al, 2013, pag.46). Novos espaços surgem compondo uma rede de atenção: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde, leitos de saúde mental em hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, Consultórios de Rua, associações, grupos de ajuda mútua, enfim espaços que contribuam no cuidado e apoio, inclusive para a família.

A atenção básica configura-se como a porta de entrada das pessoas que buscam os serviços do SUS, está no centro da Rede de Atenção à Saúde, e orienta-se “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 11). Realiza ações voltadas para a saúde individual e coletiva.

Uma das estratégias de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica é a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por apresentar maior resolutividade e melhora nos indicadores de saúde. Para sua implantação faz-se necessário ter equipe multiprofissional mínima de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma equipe é responsável por até 4000 pessoas e cada ACS por, no máximo, 750 pessoas. Todos os profissionais possuem atribuições específicas, cabe ao enfermeiro, dentre outras, a consulta de enfermagem, a responsabilidade técnica dos técnicos de enfermagem e “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe” (BRASIL 2012, p.48).

Portanto a ESF é responsável por um território e ordenador do cuidado das pessoas que ali vivem, promovendo a saúde, articulado com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclusive ações voltadas para a saúde mental. O ACS mora na comunidade em que trabalha, é o elo entre o território e a equipe de saúde, realiza cadastramento das famílias, visitas domiciliares, desenvolve atividades que visam à promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, está em contato permanente com as famílias. A postura dos ACS facilita a constituição de vínculo e comunicação efetiva, “atuam como campo das sínteses entre o saber científico e o saber popular, possibilitando a construção de importantes estratégias de atenção à saúde mental” (BARROS;CHAGAS;DIAS, 2009, p.232). A proximidade e o vínculo devem facilitar a

identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional e da RAS.

Conforme estudo de Waidman, Costa e Paiano (2012) o problema da saúde mental não é mensurável, nem visível, por isso não recebe o valor devido, e muitas vezes, está fora da lista de prioridades. A falta de informação e capacitação faz com que contribuam para este desvalor. Como ficar alerta para o que não se conhece? Porque abordar um tema rodeado de preconceitos sem estar devidamente preparado para responder? Quais estratégias o enfermeiro está realizando para auxiliar os ACS e as pessoas do território? Existe uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) efetiva no município?

“Um grande desafio aos serviços e profissionais de saúde é atender integralmente pessoas/famílias, criando espaços para a atenção à saúde mental no nível primário” (NEVES;LUCCHESI;MUNARI, 2010, p.666). Faz-se necessária aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas de cuidar, com foco/olhar na atenção psicossocial e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Marau-RS, possui 100% de ESF, a partir de 2011 ampliou discussões no que tange a Saúde Mental, em decorrência do alto índice de suicídios. Em 2011 foram 6 suicídios com TME de 16.5%. Subindo para 8 suicídios em 2012 com TME 22%, com taxa superior do estado do RS, um dos estados com as maiores taxas de suicídio do Brasil. Com incentivo do nível estadual e a utilização dos manuais de prevenção do suicídio do MS, foram realizados fóruns, reuniões, matriciamentos para sensibilizar e orientar os profissionais para a promoção da vida. No ano de 2012 foi constituído o Grupo Condutor de Saúde Mental, multiprofissional, com representatividade de todas as ESFs, CAPS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e hospital de referência. Devido as ações desenvolvidas no município no ano de 2013 ocorreu apenas 1 suicídio, com TME de 2.7% e as notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) passaram de 2 em 2010 a 102 em 2013 conforme informações do setor de Vigilância Epidemiológica municipal.

Neste contexto este estudo busca apresentar o relato das ações desenvolvidas no município de Marau-RS e a experiência de uma nova tecnologia de cuidado implementada junto a ESF Central 3, no ano de 2013: o Manual de prevenção do suicídio do RS publicado em 2011 e

o Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida (publicação resumida do Manual de Prevenção do Suicídio).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O Suicídio

Mundialmente o suicídio configura-se como um problema responsável pela morte de quase um milhão de pessoas por ano, entre elas destacam-se os adultos jovens (15-44anos) sendo uma das três principais causas de morte, e na faixa etária dos 15-19 anos a segunda causa de morte, e em muitos países os idosos estão configurando uma faixa de risco (OMS, 2012). Em média uma pessoa comete suicídio num intervalo de 40 segundos, ocorre uma tentativa a cada 3 segundos, é imensurável as consequências psicológicas, sociais e financeiras na comunidade e na família. Configura-se uma situação que pode envolver várias causas e é resultado de diversos fatores interagindo no campo genético, biopsicossocial, de culturas e ambientes. (OMS, 2000)

“O suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (OMS, 2001, p 36). Algumas doenças físicas como: neurológicas, câncer, HIV/AIDS, condições crônicas e distúrbios psiquiátricos como depressão, esquizofrenia e dependência de drogas ilícitas e álcool estão relacionadas a intensificação de casos de suicídio. Na depressão grave é comum a presença de ideação de culpa e desvalor em decorrência da diminuição da autoestima e autoconfiança, é neste contexto que o suicídio aparece em atos ou pensamentos, é cometido por 15-20% das pessoas depressivas. Cerca de 30% dos portadores de esquizofrenia realizam tentativas de suicídio em algum momento de sua vida e 10% efetivam a tentativa. Transtornos mentais causam sofrimento, incapacidade e prejuízos econômicos. Envolvidos na questão os fatores sociodemográficos como no sexo masculino o índice de morte é maior e no feminino são menos efetivas, mas as tentativas são mais frequentes, idade, estado civil menor risco para as pessoas casadas, profissões como agricultores, médicos, veterinários, químicos e farmacêuticos, perda de emprego, migração e os fatores ambientais como situações estressantes 3 meses antes do suicídio, facilidade de acesso imediato a um método e a exposição e influência do suicídio.(OMS 2000; OMS, 2001)

Meneghel et al (2004) em seu estudo sobre o suicídio no Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1999, descreveu que comparando dados de suicídio do Brasil com outros países não é expressivo. Mas no estado do estudo os índices superam os do Brasil. A razão homem/mulher

passou de 3 para 5, índices elevados para maiores de 70 anos, e ascendência no grupo de adultos jovens, os viúvos apresentam maior coeficiente comparados aos separados e solteiros, entre os trabalhadores no setor de agropecuária e pesca o risco é três vezes maior comparado ao setor técnico-científico, o método mais utilizado em 62.5% é o enforcamento, em seguida a arma de fogo em 21.5%, juntamente com as lesões não especificadas somam 90% das ocorrências. Os altos índices podem ser em decorrência de instabilidade econômica, crise na agricultura, dívidas, exposição aos agrotóxicos resultando em depressão.

Considerada uma questão complexa de Saúde Pública, o suicídio pode ser prevenido. Uma das estratégias importantes é a capacitação da atenção primária à saúde devido o vínculo, aceitabilidade das pessoas e da comunidade, o acesso, formação de parcerias dentro da família e comunidade, integralidade e continuidade do cuidado (OMS, 2000). Reconhecer e tratar precocemente os transtornos mentais e comportamentais com disponibilidade de psicotrópicos básicos, dar a devida atenção aos avisos e intenções, monitorar sobreviventes de tentativas anteriores, reduzir o acesso aos métodos comuns são estratégias importantes na prevenção do suicídio (OMS, 2001).

Os índices de suicídio são variáveis por isso as ações devem ser conforme realidades locais, tendo como base de dados os sistemas de informações do Ministério da Saúde. Faz-se importante o interesse político para desenvolver e subsidiar programas e estratégias de prevenção com elos efetivos de referência entre a atenção primária, secundária e terciária.

As RAS, regulamentadas pela portaria 4279/2010, são estratégias de reorganização dos sistemas de atenção à saúde a partir das necessidades de saúde de uma população de modo a contemplar as condições agudas e crônicas, com envolvimento dos diversos atores inseridos nestes sistemas, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças visando o cuidado com responsabilidade, qualidade, de forma integral, contínuo, humanizado, acessível, suficiente, eficiente e com o custo necessário. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel importante nesta organização da rede como primeiro nível de atenção coordenando o cuidado no sentido horizontal entre os pontos de atenção, os serviços são contratualizados no âmbito primário, atenção especializada e de urgência e emergência, se caracterizam por diferentes tecnologias. A definição das ações através do apoio matricial e da educação em saúde promove corresponsabilidades entre usuários e profissionais. As redes devem atuar de forma transversal uma com as outras. (BRASIL, 2010).

Para efetivar esta reorganização faz-se necessário eleger algumas áreas temáticas prioritárias, dentre estas está a Atenção Psicossocial, regulamentada pela portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Propõe a integração, articulação e efetivação entre os serviços, garantindo o acesso e integralidade do cuidado com qualidade realizado pelo acompanhamento contínuo, acolhimento e atenção às urgências. Para a efetivação da RAPS além do trabalho dos profissionais de saúde, fazem-se necessárias articulações no âmbito social para reabilitação e reinserção. A RAPS é formada por sete componentes: a atenção básica em saúde (UBS, equipe básica para populações específicas, centros de convivência), a atenção psicossocial especializada (CAPS), a atenção de urgência e emergência (SAMU 192, sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, serviços de urgência e pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS), atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial), atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar especializado), estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos, programa de volta para casa) e reabilitação psicossocial. A operacionalização deve contar com envolvimento do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Para a definição das ações a serem implantadas e contratualizadas são constituídos Grupo Condutores de Atenção Psicossocial nas esferas estadual e municipal (BRASIL, 2011).

A enfermagem inserida nos serviços de saúde, representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que desempenham atividades inerentes de sua competência técnica direciona-se para o cuidado técnico e educativo relacionado a doenças específicas, onde geralmente os sintomas físicos são mensuráveis e resolvidos. Os aspectos psicoemocionais muitas vezes não são contemplados o suficiente para o cuidado integral, detectar demandas não explícitas através da linguagem verbal e não verbal são relevantes para estabelecer vínculo. O acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) deve ser uma prática desenvolvida habitualmente integrada às ações da enfermagem (RISSON; BENINCÁ, 2011; DEGGERONE; RAGNINI, 2010).

Para atingir os princípios do SUS a equipe de ESF possui autonomia para organizar o trabalho conforme realidade local, e o enfermeiro são essenciais na definição das ações desde o planejamento até a assistência (NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

A relação enfermagem/comportamento suicida foi observada por Risson e Benincá num estabelecimento hospitalar e observaram que “o fator suicídio ainda gera muitas incertezas”, os profissionais não estão capacitados dificultando a aceitação do “paciente suicida como uma pessoa que precisa de ajuda, dando margem a questionamentos e sentimentos que provocam discriminação e preconceito” sentimentos “muitas vezes contraditórios e confusos – raiva e pena; indignação e compaixão; tristeza e indiferença; desespero e resignação” (p 78, 2011). Na prática as pessoas lutam contra doenças para manterem-se vivas, a enfermagem tem na sua essência promover a vida e o suicida escolheu morrer.

Dentre os profissionais inseridos na equipe mínima de ESF estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que não possuem formação técnica em saúde, mas são capacitados, orientados e supervisionados pelo enfermeiro e a equipe da ESF auxilia nesta formação.

O ACS trabalha com território adscrito chamado de micro área, reside nesta comunidade. Possui muitas atribuições entre elas a visita domiciliar (VD), que possibilita cadastrar, orientar, acompanhar as famílias mantendo-as informadas sobre os serviços de saúde, e conhecendo a realidade da área que trabalha. No seu cotidiano realiza ações educativas individuais e coletivas, nas residências e na comunidade com a finalidade de promover a saúde, prevenir doenças. Constitui o elo para integração da equipe e a comunidade, a proximidade e o vínculo devem facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e que precisam de intervenção (BRASIL, 2012).

As percepções e atuação dos ACS foram descritas por Waidman, Costa e Paiano (2012) através de um estudo onde constatou que os ACS possuem uma dificuldade em distinguir transtorno mental de neurológico, um sentimento de medo em relação à possibilidade de agressividade, alguns acreditam que a família pode auxiliar no contexto outros não, percebem a importância do elo com a equipe, falta clareza do que fazer nestas situações acham importante o trabalho multidisciplinar, consideram os problemas físicos mais importantes e estes ocupam o seu tempo, por outro lado não se consideram preparados para trabalhar esta demanda. Os ACS são instrumentos importantes na área de saúde mental, a constante atualização e orientação efetiva devem fazer parte do cotidiano das equipes para que possam dar suporte às pessoas com transtornos mentais e as suas famílias.



As ações educativas em saúde mental são importantes, pois vários estudos apontam a dificuldade dos profissionais de saúde em atuar efetivamente nesta área, por não saberem o que e nem como fazer. A educação permanente deve ser contemplada para adquirir e atualizar conhecimentos e para modificar este cenário (BRASIL, 2012), utilizando os espaços de reunião de equipe, encontros programados para capacitações e escuta, encontros comunitários, participação dos profissionais em palestras, entre outros.

Na prevenção, vigilância e controle do suicídio ações educativas devem contemplar também “educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades” (OMS, 2000, pag. 03), pois, a compreensão do fenômeno complexo, identificação de vulnerabilidade, construção e articulação de ações com o envolvimento de todos é de fundamental importância.

### 3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de ações desenvolvidas no ano de 2013 pela enfermeira da ESF Central III, no município de Marau-RS, na prevenção do suicídio, juntamente com a equipe e com o apoio de setores do serviço de saúde municipal. Utilizou-se como instrumentos de orientação o manual de prevenção do suicídio do RS publicado em 2011 e o Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida (publicação resumida do Manual de Prevenção do Suicídio), as estratégias municipais, conhecimentos adquiridos em reuniões e eventos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O registro da tecnologia produzida e não de quem as executou assegura o completo sigilo dos sujeitos envolvidos, por isso o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

#### *3.1. O município e a estrutura da saúde*

O município de Marau está localizado no Planalto Médio do Rio Grande do Sul, a uma distância de 264 km da capital do estado, com uma população de 36.364 habitantes (Censo 2010), pertence a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

O modelo de atenção à saúde, adotado a partir de 2002 foi o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente com 12 equipes que oferecem uma cobertura de atenção primária à população. As equipes são compostas por profissionais que trabalham 40 horas: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar administrativo de saúde, 1 higienizadora e profissionais que trabalham 20 horas: 1 psicólogo, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário. Cada equipe atende uma população adscrita conforme a realidade local.

Outros serviços compõem a Secretaria Municipal de Saúde como: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS não credenciado pelo Ministério da Saúde), Vigilância em Saúde, Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), Ambulatório de Especialidades, Setores Administrativos e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda fazem parte da Rede de Atenção à Saúde o Pronto Atendimento Municipal (PAM) 24 horas, um hospital filantrópico que possui 4 leitos de enfermagem especializada em atenção psicossocial disponibilizados através de Sistema de Regulação regional, laboratórios, serviços de diagnósticos.

Em 2012 o município se inscreveu e foi selecionado para o Programa de Descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) de Porto Alegre, as categorias de servidores que demonstraram interesse em realizar preceptoria foram de psicologia e enfermagem que atuam nas ESFs Central III e Santa Rita, Vigilância em Saúde e NUMESC, e farmácia que atua no NASF. Em 2013 iniciou a primeira turma de Residentes com o objetivo de especializar profissionais de saúde em atenção básica, nas Unidades de Saúde da Família Central III e Santa Rita.

A Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Grupo Condutor da Rede Cegonha em 2011 fomentado pelo nível estadual como um dos projetos pilotos para RS, foi escolhido por possuir ESF na sua totalidade e vários pontos de atenção. Em 2012 instituiu o Grupo Condutor de Atenção Psicossocial, devido a grande demanda no município de sofrimento psíquico, falta de rede organizada e necessidade de qualificação dos profissionais para envolverem-se com esta demanda.

A ESF Central III está situada na área central do município, possui em média 4 mil pessoas, com índice ocupacional por família de 2.8 pessoas, principalmente adultos e idosos. Aproximadamente 50% dos usuários possuem convênio de saúde. As demandas em saúde mental são advindas principalmente dos usuários que buscam a ESF, das informações trazidas pelos 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da Vigilância em Saúde através das notificações de violência do SINAN e do CAPS.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

No Rio Grande do Sul desde 2009 os profissionais da Secretaria Estadual da Saúde (SES), por meio do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (NVDANT), pesquisadores, professores desenvolveram o Projeto de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. Foram convidados para o projeto piloto os municípios de Santa Cruz do Sul, Candelária, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires por apresentarem elevados índices de suicídios, com o objetivo de elaborar um manual de prevenção do suicídio para auxiliar os profissionais da atenção básica de saúde. Após estudos, levantamentos e constatações, foi redigido e publicado em 2011 o manual e um guia de bolso simplificado distribuído, através das Coordenadorias Regionais, aos profissionais de saúde. Esta publicação intitulada de Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram, orienta quanto a identificação do risco de suicídio e auxilia no encaminhamento dos pacientes para tratamento, envolvendo parcerias entre áreas da segurança e educação. Estes profissionais realizaram atividades de sensibilização em vários municípios por meio de capacitações e seminários.

Considerando o contexto sobre a realidade que envolve o suicídio mundialmente, mais especificamente no estado do RS, o município de Marau a partir de 2011 intensificou reflexões referentes ao alto índice de suicídios, através de ações de amplitudes gerais e informativas, intensificando as práticas de trabalho relacionadas à prevenção do comportamento suicida, amenizando o impacto traumático que este evento provoca na sociedade. Através da coordenação da saúde mental do município foram capacitados todos os profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, utilizando como referencial teórico o manual para profissionais da saúde da atenção básica, pertencente às ações da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, do Ministério da Saúde, utilizando a mídia local foram repassadas informações para a população desmistificando o tema suicídio e enfatizando a prevenção e promoção da vida, para auxiliar nesta ação foi confeccionado um material educativo, para distribuição e utilização dos profissionais, em forma de folder.

Em 2011 e 2013 os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organizaram seminários intitulados de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio.

Os profissionais do setor de vigilância epidemiológica, devido o baixo número de notificações de violências autoprovocadas, intensificaram as ações de conscientização e orientação para que todos os trabalhadores da saúde do sistema público/privado e de outros setores como da segurança e educação realizassem notificações de violências através do formulário do SINAN, do Ministério da Saúde. O banco de dados contribui para as estatísticas e ações no âmbito municipal, estadual e nacional, na prevenção e redução no número de casos de violências autoprovocadas e suicídios. A notificação de doenças e agravos de notificação compulsória é responsabilidade de todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2012). Todas as notificações recebidas pela Vigilância Epidemiológica eram repassadas a ESF correspondente através de contato telefônico, exceto as que foram realizadas na própria estratégia.

Na ESF Central III, quem recebia a informação da Vigilância Epidemiológica imediatamente repassava para a equipe, principalmente à enfermeira para realizar o contato com o ACS que atuava naquele endereço. O ACS através de visita domiciliar checava as informações recebidas, o mais breve possível, e relatava para a equipe as informações sobre a vítima, sua família, o contexto observado, se havia alguém em casa. O objetivo deste primeiro contato era formar um vínculo, informar que a equipe da ESF estava à disposição da vítima e de sua família. A equipe de posse das informações e conforme a necessidade realizava agendamento de consulta médica o quanto antes, definia um momento para realizar visita domiciliar da enfermeira ou psicóloga com a ACS. O monitoramento e vigilância dos casos eram realizados principalmente pelos ACS periodicamente. Os agendamentos para atendimentos na ESF eram realizados conforme especificidades de cada situação. Em caso de faltosos aos agendamentos, imediatamente depois de constatada a ausência os ACS eram avisados para busca ativa.

Na ESF através dos agendamentos programados e do acolhimento da demanda espontânea eram atendidos pacientes pós-tentativas ou com ideias suicidas. Quando detectado a situação o atendimento passava a ser multiprofissional, compartilhado com a equipe e definido ações como: manter o paciente sob vigilância até certificar-se que não sairia sozinho da ESF, pactuado quem seria o familiar ou responsável que faria a vigilância domiciliar, encaminhado ao setor de Pronto Atendimento Municipal (PAM) ou ao psiquiatra conforme definição deste profissional agendava-se retorno na ESF com médica, enfermeira ou psicóloga e comunicava-se o ACS responsável que realizava o acompanhamento domiciliar.

Os ACS comunicavam imediatamente a ESF ao constatarem em visita domiciliar ou por informações da comunidade de alguma pessoa com risco potencial para o suicídio que ainda não estivesse sendo monitorado.

Outras ações realizadas pela ESF:

- Notificava no formulário do SINAN os casos ainda não informados;
- Ocupava o espaço de reunião de equipe para debate e redefinição das ações conforme a situação levantada;
- Orientava e monitorava o uso de medicamentos corretos, quando necessário comprometia um familiar ou responsável para vigiar ou fornecer.
- No caso de agenda lotada ou ausência do profissional médico era realizado acolhimento e consulta de enfermagem para atender a demanda espontânea.
- Os ACS envolviam-se e responsabilizavam-se com o grupo de artesanato que acontecia semanalmente, incentivavam as pessoas com sofrimento psíquico para participar. Conseguiram observar atitudes dos participantes referentes às emoções e forneciam apoio mútuo através de troca de experiências. Realizavam VD a participantes assíduos que faltassem no encontro da semana.

As ações desenvolvidas visam atender a legislação do Ministério da Saúde, Brasil (2012) descreve que no processo de trabalho das equipes de atenção básica todos os profissionais devem priorizar ações para grupos de risco, acolher a demanda espontânea, avaliar a necessidade de saúde, analisar vulnerabilidade, atentos a integralidade do sujeito. As ações podem ser realizadas fora da Unidade Básica de Saúde como domicílios, espaços comunitários, escolas, creches, etc. Realizar e participar de reunião de equipe e ações de educação permanente.

Quando as ações de busca ativa e VD para pessoas com potencial suicida iniciaram, os ACS muitas vezes referiram terem dificuldades ou não saberem como abordá-las e orientá-las. Para contribuir com estes profissionais, na ESF Central III foi instituído um momento para educação permanente, através de encontros quinzenais com a enfermeira, nas quintas-feiras no horário das 13h às 15h. Os assuntos trabalhados nestes encontros foram pré-definidos conforme as necessidades levantadas pelos ACS e pelas dificuldades percebidas durante a supervisão mensal. O tema saúde mental com ênfase na prevenção do suicídio e promoção da vida foi elencado como prioridade devido à grande demanda de casos de depressão, de pessoas pós-tentativas de suicídio e com ideações suicidas. Os ACS possuíam uma necessidade de falar sobre

as demandas detectadas e enfrentadas nas visitas domiciliares, bem como dos acontecimentos na comunidade. As necessidades e dificuldades foram amenizadas através de rodas de conversa, troca de experiência e subjetividade, utilizou-se como instrumento de orientação o Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida (publicação resumida do Manual de Prevenção do Suicídio). Este guia orienta de forma condensada e simples os diversos profissionais que atuam nas seguintes áreas: assistentes sociais, educadores, jornalistas, policiais militares, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde da família, profissionais de emergência, técnicos de extensão rural e profissionais de saúde mental. Os ACS passaram a serem multiplicadores destas informações e compreenderam que, somente a escuta pode fazer toda a diferença no momento da crise e tinham certeza de que não estavam sozinhos para atuar nesta demanda complexa, pois, possuíam uma equipe unida e parceira.

A equipe da ESF sempre que necessário solicitava a presença dos profissionais do CAPS, do NASF, do NUMESC, da Vigilância em Saúde para matriciamento e contribuições na definição de estratégias, discutir casos e eventualmente participar nos grupos de educação em saúde. Os ACS participavam de outros momentos de educação permanente, com a psicóloga da ESF, na SMS, entre outros.

As estratégias de educação permanente além de ensinar é uma grande provocadora de mudanças desde que estimulem uma aprendizagem significativa. O NASF deve trabalhar como suporte para a atenção básica, realizar matriciamento e educação em saúde, buscando contribuir para o cuidado integral desempenhado pela atenção básica. (BRASIL, 2012).

O risco de suicídio sempre foi uma das prioridades na ESF Central III de todos os profissionais, valia a pena envolver-se, pois havia continuidade e seguimento do cuidado, sem sobrecarregar ninguém.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias do estado do RS de estimular cada município a ter a sua rede de prevenção do suicídio e promoção da vida auxiliaram para a organização e mobilização dos profissionais do município de Marau-RS. Apesar da saúde mental sempre ter feito parte da Atenção Básica, as ações locais dependem do envolvimento de cada profissional. Após mobilização e definição de possibilidades a serem realizadas no município no ano de 2011 houve um decréscimo expressivo no número absoluto de suicídios de 08 em 2012 para 1 em 2013.

As ações realizadas pelo setor de epidemiologia municipal constitui-se muito significativo para abordagem e monitoramento precoce de pessoas pós de tentativa de suicídio.

Existem falhas em alguns pontos da rede que comprometem o trabalho da atenção básica como a falta de referência e contra referência do setor terciário.

Os Agentes Comunitários de Saúde relataram maior segurança ao abordar a pessoa com risco de suicídio atribuíram isso aos encontros de educação permanente com a enfermeira, as informações do guia de bolso e do suporte recebido da equipe de ESF.

Indico esta ferramenta, o Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida, que orienta de forma condensada e simples para ser utilizada não só pelos profissionais de saúde mas também outros grupos de trabalhadores.

A tendência de efetivação das estratégias municipais de promoção da vida e prevenção do suicídio no município de Marau é ascendente, com a queda significativa dos índices de suicídios, onde a APS está se consolidando através da cobertura de 100% da ESF, da Vigilância em Saúde do CAPS, do NASF, do NUMESC, do programa descentralizado de residência multiprofissional, do PAM, da gestão que garante o espaço de reunião de equipe semanal e autonomia para as equipe definirem ações conforme realidade dos territórios. As ações estão contribuindo para a identificação e intervenção precoce de suicidas em potencial.

Manter os profissionais sensibilizados e mobilizados através dos canais de apoio e educação permanente são essenciais para avaliação e implementação das ações em andamento, aprimorando e intensificando métodos e estratégias qualificando a assistência integral ao paciente e aos familiares.





## REFERÊNCIAS

BARROS, M.M.M.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 12 de fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasil, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)>. Acesso em 12 de fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006<sup>a</sup>. Institui diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 30 de abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde) 110p.

BOTEGA, N. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, 37, mar. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>>. Fev. 2014.

DEGGERONE, R.; RAGNINI, S.M. Saúde mental: a enfermagem conhece as ações educativo-cuidativas? In: FORTES, V.L.F. et al. (Org.). **Doenças crônicas: dimensões do cuidado**. Passo Fundo: Berthier, 2010.

MENEGHEL, S.N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.6, Dec.2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.Php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Fev. 2014.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.63, n.4, ago.2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 jan. 2014.

OMS. (Organização Mundial da Saúde). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf)>. Acesso em 14 Fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura. Genebra: OMS, 2012. Disponível em <<http://www.crp11.org.br/suicidio.pdf>> Acesso em 16 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em 16 Abri. 2014.

RS. (Rio Grande do Sul). **Manual de prevenção do suicídio**. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2011. 84p.

\_\_\_\_\_. **Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida**. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2011. 36p.

RISSE, M. R; BENINCÁ, C.R.S. Enfermagem e Cuidado a Pacientes Suicidas: rotina de vida e morte no hospital. In: SCORTEGAGNA, S.A. **Psicologia da saúde em situações de desamparo e violência**. Passo Fundo: Berthier; IFIBE, 2011.

WIDMAN, M.A.P.; COSTA, B.da; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, out. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>.

ZEN, N.L. Comparativo dos dados de suicídio no Rio Grande do Sul nos sistemas de informação nacionais. **Lume, repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**, Porto Alegre, 2012. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67747>> acesso em 12 fev 2014.

ZEFERINO, M.T. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial**. Florianópolis

(SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 62 p.

## ANEXOS

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E PROMOÇÃO DA VIDA**  
**Orientações para Profissionais da Rede Local**

**MANUAL DE BOLSO**

# Introdução

Este “manual de bolso” se dirige aos profissionais que tem a possibilidade de atuar nas situações de suicídio visando a prevenção e acompanhamento dos casos. Tem como referência os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) para a prevenção e o controle do suicídio, cujo conteúdo foi sintetizado, dados levantados em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, assim como trabalhos acadêmicos sobre o tema.

- Esta publicação é um desdobramento de uma nova atitude em relação ao suicídio e visa apoiar ações concretas para sua vigilância, prevenção e controle no Estado do Rio Grande do Sul.

## Suicídio – problema de todos

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve múltiplas causas e que afeta, além de suas vítimas, os parentes e amigos (“sobreviventes”). Envolve também profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema.

A partir do funcionamento de uma rede de vigilância, prevenção e controle é possível que vários profissionais possam compartilhar informações referentes à abordagem, acolhimento e tratamento das pessoas em situação de vulnerabilidade. É fundamental a participação de todos na sua prevenção.

Brasil:  
9.090 mortes em 2008;  
Um suicídio por hora.

No Mundo:  
Um suicídio a cada 40 segundos.

Lidar com as situações de suicídio não é tarefa fácil. Os profissionais precisam ter a oportunidade de desenvolver competências e habilidades tais como:

Compreender a complexidade do fenômeno;

Saber identificar as situações de vulnerabilidade;

Construir e articular uma rede de vigilância, prevenção e controle.

Em nossa sociedade, o suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio em torno do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade. **É necessário mudar esta visão para despertar e estimular a atuação de pessoas de diferentes setores da sociedade na sua vigilância, prevenção e controle.**

## Situações de vulnerabilidade

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio, é a **expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa**. Diversos estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída. Antes de chegar ao ato final, o suicida já mostrou sinais e procurou ajuda para o seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

Situações de vulnerabilidade para o suicídio:

- Tentativas anteriores de suicídio;
- Transtorno mental (depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia são as mais frequentes);
- Doenças graves;
- Isolamento social;
- Ansiedade; desesperança;
- Crise conjugal e familiar;
- Situações de luto;
- Perda ou problemas no emprego;
- Facilidade de acesso aos meios.

Estas situações não são determinantes para o suicídio, mas podem interagir e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento intenso.

Tentativa de suicídio



Sinal de alarme:

15 a 25% das pessoas que tentam suicídio cometem  
nova tentativa no ano seguinte e 10% consegue  
se matar nos 10 anos seguintes.

Como o suicídio está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. Vários atores podem contribuir para enfrentar o problema de forma conjunta, estabelecendo canais de comunicação permanente, trocando informações, definindo metas e ajustando condutas. São necessárias intervenções que envolvam profissionais da área da saúde, assistência social, educação, justiça, mídia, políticas, segurança pública, trabalho, de Organização não Governamental (ONG), além de lideranças religiosas, comunitárias, entre outros (OMS - SUPRE, 2002). A ação conjunta dessas pessoas é que constitui a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.



# Assistentes Sociais

## Fique atento para as situações de risco de suicídio

- História de tentativas anteriores;
- Transtorno mental (depressão, abuso de álcool e outras drogas, esquizofrenia);
- Desagregação e violência familiar;
- Crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou vítimas de abusos e maus tratos;
- Idosos sem convivência familiar ou que sofrem abandono e maus tratos.

## Algumas dicas

- Articule a vigilância, prevenção e o controle com serviços de outras políticas sociais, em especial a de saúde;
- Estabeleça contato direto e articule-se com os profissionais de saúde capazes de ajudar as pessoas em vulnerabilidade para o suicídio;
- Os assistentes sociais que atuam nos CRAS podem se articular com profissionais da Saúde da Família, dos CAPS e dos hospitais de emergência para identificar, acolher e encaminhar para tratamento as pessoas em situação de vulnerabilidade;
- Os assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos com serviços de urgência e emergência devem notificar na ficha de **notificação e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, do SINANET/Violência como lesão autoprovocada**.
- A família deverá ser encaminhada para a saúde mental tanto nos casos em que houve tentativa de suicídio, como naqueles em que o suicídio se consumou.
- Falar sobre o suicídio não vai fazer com que a pessoa decida se matar, pelo contrário, vai dar a ela a oportunidade de falar sobre o seu sofrimento e obter ajuda.

# Educadores

## Fique atento para as situações de risco de suicídio entre os alunos:

- História de tentativas anteriores;
- Transtorno mental (depressão, abuso de álcool e outras drogas, esquizofrenia);
- Situações de luto;
- Desemprego, perda recente do emprego ou endividamento dos pais;
- Trabalho infantil;
- Dificuldade de integração e socialização na escola;
- *Bullying*;
- Violência familiar;

- Dificuldades em relação a identidade e orientação sexual;
- Situações de assédio moral;
- Suicídios na família;
- Situações de sofrimento mental.

## **Algumas dicas**

- Intervenção imediata frente à identificação de vulnerabilidade para o suicídio; faça contato com a família; encaminhe para a rede de saúde;
- Inserir a vigilância, prevenção do suicídio e a promoção da vida no projeto político pedagógico da escola;
- Criar momentos de conversa com os alunos enfatizando a vida;
- Trabalhar o tema de forma lúdica, desfazendo mitos e abrindo possibilidades de discussão;
- Falar sobre o suicídio não faz com que a pessoa decida se matar, mas dá a ela a oportunidade de conversar sobre seu sofrimento e assim obter ajuda;
- Levar os alunos ao cinema, teatro, exposições, ou criar com eles uma exposição de trabalhos sobre o tema (seguido de debates), estabelecendo parceria com as secretarias de educação, saúde e cultura;
- Criar espaços de fala, de expressão de sentimentos e dúvidas que possam ser acolhidos e compartilhados pelo grupo;
- Elaborar em parceria com outros setores, projetos voltados para a realidade da sua escola;
- Fazer parcerias com as universidades, com as unidades básicas de saúde da área da sua escola, solicitando a participação dos profissionais dessas unidades em palestras e debates.
- Prevenir o comportamento desafiador e a violência escolar;
- Desenvolver ações de prevenção do bullying;
- Desenvolver ações de educação em saúde, sempre que possível em parceria com uma Equipe de Saúde da Família ou CAPS;
- Desenvolver ações de capacitação junto aos professores e funcionários da escola;

## **Jornalistas**

### **A mídia e o suicídio**

- O suicídio é um evento complexo e o aumento dos indicadores a ele relacionados tem despertado cada vez mais preocupação;
- Existem trabalhos que apontam para o aumento do número de casos de suicídio após veiculação pela mídia de notícias sobre o evento;
- Existem relatos de aumento de casos de suicídio após a veiculação de determinados filmes, novelas na televisão e outras fontes de informação – parece haver uma relação entre a veiculação da notícia e o aumento de casos de suicídio;

- Vale ressaltar que, mais do que a notícia em si, o importante é a maneira como o fato é noticiado.

## **Algumas dicas:**

- Antes de iniciar a matéria pense:
  - ✓ Por que divulgar? É relevante?
  - ✓ Que tipo de impacto a reportagem poderá ter?
  - ✓ Ao montar a matéria, ponha-se no lugar do outro:
  - ✓ Dos que enfrentam o luto por alguém que se matou;
  - ✓ Dos que estão vulneráveis, pensando em tirar a própria vida.
- Procure não “simplificar” um suicídio, ligando-o a uma causa única;
- Tenha cautela com depoimentos e explicações de primeira hora!
- Você pode fazer perguntas como: a pessoa já havia feito tratamento na área de saúde mental? Passava por problemas devidos a depressão, abuso de álcool ou drogas?
- É muito útil a inclusão na reportagem de um quadro informativo contendo as principais causas de determinado transtorno mental, seu impacto sobre o indivíduo e endereços onde obter ajuda;
- Assegure-se da confiabilidade das fontes de informação;
- Tenha certeza que a fonte utilizada é confiável;
- Procure utilizar bancos de dados oficiais de organizações reconhecidas, tais como:
  - ✓ Coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde – [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)
  - ✓ International Association for Suicide Prevention (IASP) – <http://www.iasp.info/>;
  - ✓ OMS – SUPRE (Suicide Prevention) – [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/);

## **Policiais militares**

### **Fique atento para as situações de risco de suicídio**

- Uma pessoa com comportamento suicida dá sinais de seu sofrimento de diversas formas, demonstrando tristeza, depressão, desesperança, desamparo, desespero e muitas vezes, agressividade;
- Levantamentos mostraram haver casos de pessoas que chegaram a cometer o suicídio depois de diversas ocorrências policiais, às vezes como vítimas, outras como autores.

## **Algumas dicas**

- Sempre que for chamado para uma ocorrência na qual é necessário conter uma pessoa

sob efeito de álcool ou outras drogas, fique atento para o fato de que pode estar lidando com alguém doente, que precisa de encaminhamento para um profissional de saúde;

- Procure sempre encaminhar as pessoas em situação de sofrimento psicológico para um profissional de saúde, isto pode representar uma saída para a crise e evitar um desfecho fatal;
- Uma pessoa em situação de crise muitas vezes não aceita sugestão de tratamento de saúde, neste caso oriente os familiares, ou vizinhos, fornecendo endereços e/ou telefones dos serviços de saúde do município;
- Numa situação de risco de suicídio encaminhe a pessoa para uma unidade de emergência psiquiátrica;
- Diante de pessoas desesperadas, descontroladas, que ameaçam contra a própria vida, ou de uma terceira pessoa, é fundamental manter a calma e o controle sobre o ambiente para melhor enfrentar a crise;
- O policial deve assumir a função de negociador e não a de repressor. O desfecho positivo da crise dependerá da sua capacidade de manter-se calmo e da sua habilidade de negociação.

## **Numa situação iminente de tentativa de suicídio:**

- Aja como negociador;
- Aja com segurança e cautela, a aproximação cautelosa relaxa as defesas da pessoa;
- A aproximação rápida e brusca pode assustá-la;
- Procure não estar sozinho;
- Dialogue com a pessoa sempre no presente, aqui e agora;
- É fundamental criar um clima de confiança na pessoa em crise;
- Quanto mais tempo conseguir ganhar, maiores serão as chances de a pessoa desistir;
- Ofereça água, almofada, um apoio...

## **Agentes Comunitários de Saúde**

- A partir de sua convivência com a comunidade o ACS tem a possibilidade de perceber situações de vulnerabilidade para o suicídio, podendo trazer o problema para discussão com sua equipe;
- Muitas doenças que sentimos vêm do coração e da cabeça. É possível atuar nessas situações, estando atento ao sofrimento, sabendo escutar e, mais importante ainda, **encaminhando o problema para discussão com a equipe;**
- Alguns sinais indicam depressão, é importante ficar alerta para:
  - ✓ Tristeza durante a maior parte do dia, todos os dias;
  - ✓ Perda de prazer ou do interesse em atividades do dia-a-dia;
  - ✓ Irritação, ansiedade, falta de energia, cansaço, perda ou ganho de peso sem dieta;
  - ✓ Desesperança frente aos problemas, pouco ou muito sono, sentimento de inutilidade, culpa, sentir-se um peso para os outros.

## Algumas dicas

- Falar sobre o suicídio não vai fazer com que a pessoa decida se matar, pelo contrário, vai dar a ela a oportunidade de falar sobre o seu sofrimento e obter ajuda;
- Não se deve tentar convencer a pessoa em depressão de que a vida é boa porque, naquele momento, para ela o que conta é o sofrimento que está vivendo;
- Mostre compreensão, acolhimento, interesse, e que se está junto para tentar ajudá-la;
- Nessas situações **o ACS deve entrar em contato logo com a Equipe** para definir o encaminhamento do paciente, assim como para alertar a família fazendo com que ela participe das decisões;
- Quando o problema ocorrer em uma hora em que a equipe não estiver disponível, acione outros componentes da rede, como um hospital de emergência, o CAPS, sempre envolvendo a rede de apoio;
- **Nunca deixe a pessoa em sofrimento sozinha;**

Lidar com situações de suicídio não é fácil, mexe com nossas emoções, nos faz sentir medo, tristeza, impotência, nessas horas é importante acreditar que existe uma saída, que você vai fazer a diferença;

Lembre-se que você não está sozinho para lidar com uma situação tão difícil, você pode e deve contar com seus colegas de equipe para partilhar seus sentimentos.

## Profissionais de Saúde da Família

A proximidade da Equipe de Saúde da Família com a comunidade possibilita a identificação de situações de risco de suicídio.

- Características que facilitam a atuação do profissional da atenção primária na prevenção do suicídio:
  - ✓ Estar próximo à comunidade e poder identificar a rede local de apoio;
  - ✓ Constituir a principal porta de entrada para o sistema de saúde;
  - ✓ Oferecer cuidado continuado;
  - ✓ Estar integrado a uma rede de apoio intersetorial.
- Principais fatores de risco para o suicídio:
  - ✓ História de tentativas anteriores;
  - ✓ Transtorno mental (depressão, abuso de álcool e outras drogas, esquizofrenia);

Depressão + abuso de substâncias ➡ presente em 90% dos casos de suicídio

## Algumas dicas

- Falar sobre o suicídio não faz com que a pessoa decida se matar, mas dá a ela a

oportunidade de conversar sobre seu sofrimento e assim obter ajuda;

- Os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem ser os principais aliados da ESF para lidar com as situações de risco de suicídio;
- O risco de suicídio aumenta em doenças crônicas e dolorosas porque os pacientes podem se sentir como um fardo para sua família e até mesmo sem esperanças de melhora, esses pacientes devem ser encaminhados para profissional de saúde mental;
- Numa situação de vulnerabilidade, **nunca agende um atendimento para depois!**
- A família pode ser o maior aliado do profissional fornecendo informações importantes para compreensão do caso, assim como formando uma aliança com o profissional para os cuidados com o paciente;
- Em situação de crise:
  - ✓ Encontre um lugar tranquilo e reservado para conversar;
  - ✓ Reserve tempo para escutar o paciente;
  - ✓ Esteja disponível, escute e tente criar vínculo com o paciente;
  - ✓ Respeite o sofrimento que o paciente apresenta;
  - ✓ Mostre empatia;
  - ✓ Preserve o sigilo.
- Identifique quem pode ajudar o paciente;
  - ✓ Faça contato com os profissionais da rede que podem ser acionados para o cuidado com o paciente;
  - ✓ Tente envolver o paciente no seu tratamento;
  - ✓ Busque a permissão do paciente para pedir apoio;
  - ✓ Esteja atento também às necessidades daqueles que estão apoiando o paciente;
  - ✓ Assegure seu apoio nas ações necessárias para a condução do caso.

Lembre-se de que você não está sozinho, discuta sempre com sua equipe os casos em atendimento.

## Profissionais de emergência

### Tentativas de suicídio no setor de urgência/emergência

- Estudos mostram que as pessoas que tentaram o suicídio uma vez tendem a fazer novas tentativas;
- Uma tentativa de suicídio representa um momento de grande desesperança e sofrimento psíquico, e que pode estar associada também a um transtorno mental;
- Os principais fatores de risco para o suicídio são:
  - ✓ Tentativas anteriores;
  - ✓ Transtorno mental – principalmente:

- Depressão: transtorno mais presente;
- Esquizofrenia (presente em 90% dos casos)

## Algumas dicas

- Uma situação de tentativa de suicídio **deve ser sempre imediatamente comunicada ao serviço de saúde mental** do hospital e preenchida a ficha de notificação da violência para que seja iniciado seu acompanhamento e realizado os encaminhamentos necessários;
- Se não houver serviço de saúde mental na unidade, entre em contato com o CAPS da sua região, ou com o serviço de saúde mental disponível no seu território;
- Encaminhe para atendimento clínico e psicológico posterior todos os pacientes que tentaram o suicídio e forem atendidos no setor para prevenir novas tentativas;
- O paciente nunca deve receber alta da emergência sem um parecer da saúde mental; garantindo os encaminhamentos necessários assim como o envolvimento da família;
- A família deve ser atendida e informada sobre a situação do paciente, evitando sempre responsabilizá-la pelo que aconteceu. É importante que a família também seja imediatamente encaminhada ao serviço de saúde mental.

## Técnicos de Extensão Rural

- O Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma grande incidência de suicídios no meio rural;
- Muitas vezes são pequenos agricultores que se endividam e sofrem com esta situação, muitos não se sentem capazes de dividir o problema com seus familiares, amigos e vizinhos e acabam atentando contra a própria vida;
- Alguns estudos mostram uma relação entre as situações de suicídio e o uso de algumas substâncias utilizadas pelo agricultor.

## Algumas dicas

- Oriente os trabalhadores para os riscos e a necessidade de observar os cuidados necessários para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) na manipulação dos agro-tóxicos e cuidados no armazenamento;
- Esteja alerta para as situações de vulnerabilidade para o suicídio, como tentativas anteriores, transtornos mentais (depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia);
- Articule-se com profissionais de saúde dos municípios onde atuam, conhecendo a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.
- Esteja atento a necessidade de suporte às famílias com histórico de suicídio;
- Procure se articular com profissionais de saúde mental e do PSF para a definição de ações conjuntas de vigilância, prevenção e controle do suicídio;
- Aborde o tema em reuniões regionais, com os Extensionistas Rurais, para o desenvolvimento de ações locais.

# Profissionais de Saúde Mental

- Seu papel é fundamental na vigilância, prevenção e acompanhamento das situações de suicídio. Esteja atento, oriente a equipe e a família;
- A identificação dos transtornos mentais e seu tratamento constituem fatores importantes na prevenção do suicídio.

## Principais fatores de risco para o suicídio:

**História de tentativas anteriores ;**

**Transtorno mental (depressão, alcoolismo, esquizofrenia)**

## Fique atento para os fatores psicológicos no comportamento suicida

- Ambivalência:
  - ✓ O sujeito quer a morte, mas também quer viver;
  - ✓ O profissional deve apostar no desejo de viver;
- Impulsividade: o impulso pode ter curta duração;
- Rigidez: pensamento ‘tudo ou nada’, não percebe outras saídas;
- Reverta o preconceito com que muitas vezes o paciente que tentou o suicídio é tratado pela equipe e pela sociedade, faça com que seu sofrimento seja compreendido, evitando o seu estigma.

**Sensibilidade**  
+  
**Capacitação Técnica**  
+  
**Acolhimento**



**Prevenção**

## Algumas dicas

### Abordagem ao paciente

- Buscar informações com o paciente, familiares ou amigos;
- Identificar um responsável para acompanhar o plano terapêutico;



- Identificar os fatores de risco.
- **Pergunte:** (fazer referência aos mitos)
  1. Se a pessoa tem ideação suicida;
  2. Se ela tem um plano definido para cometer suicídio;
  3. Se ela possui os meios para se matar;
  4. Se ela já fixou uma data.
- Um **‘Termo de Compromisso’** pode ser estabelecido com a família. Não tem valor legal, mas pode selar um compromisso entre a equipe e a família nos cuidados com o paciente.

## **Encaminhamentos**

- Encaminhar para a rede após alta hospitalar;
- Garantir a contra-referência;
- Manter contato até que o projeto terapêutico esteja definido.

## **O que não se deve pensar ou dizer:**

- No lugar dele eu também me mataria;
- Só os fracos e covardes se matam;
- Isso é só para chamar a atenção.

## **Como proceder:**

1. Agendar consultas próximas;
2. Iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes;
3. Focalizar nos aspectos positivos reforçando a autoconfiança;
4. Identificar a ambivalência fortalecendo o desejo de viver;
5. Trabalhar as distorções cognitivas como estreitamento de repertório, desesperança, buscando, junto com ele, alternativas;
6. Estabelecer um contrato – comprometimento de se comunicar com a equipe antes de tomar a decisão, ou não tentar se matar durante determinado tempo;
7. Orientar a família sobre os cuidados a serem tomados;

8. Reforçar os vínculos saudáveis do paciente fortalecendo o seu pertencimento a grupos, comunidades, instituições;
9. Envolver o paciente em todas as medidas a serem tomadas.

### **Em situações de alto risco**

1. Remova os meios que possam facilitar o suicídio;
2. Estabeleça um contrato para ganhar tempo e definir estratégias;
3. Informe a família, ou alguém que possa compartilhar com a equipe a responsabilidade pelo caso;
4. Se todas as tentativas de convencimento do paciente para uma internação voluntária forem esgotadas, busque ajuda da família;
5. **Jamais deixe o paciente sozinho!**

### **Apoio ao profissional**

- Mesmo com a avaliação e tratamento adequados, suicídios podem ocorrer, causando forte impacto sobre o profissional. Converse com a equipe, troque experiências.